

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 135

LES

COUDURES DU COLON ILIO-PELVIE

PAR BRIDES ACQUISES

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Mention " MÉDECINE "

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 21 Mai 1924

PAR

Givko S. TCHIRKOVITCH

Né à KOVATCHEVATZ (Serbie), le 30 décembre 1897.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur.....	Président.
		RIVIÈRE, professeur.....	Juges.
		FAUGÈRE, agrégé.....	
		PAPIN, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1924



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 135

LES
COUDURES DU COLON ILIO-PELVIEU
PAR BRIDES ACQUISES

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Mention " MÉDECINE "

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 21 Mai 1924

PAR

Givko S. TCHIRKOVITCH

Né à KOVATCHEVATZ (Serbie), le 30 décembre 1897.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur.....	Président.
		RIVIÈRE, professeur.....	Juges.
		FAUGÈRE, agrégé.....	
		PAPIN, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1924

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS

MM.

Clinique médicale.....	VERGER.
id.....	CASSAËT.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.
id.....	VILLAR.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.
Anatomie.....	PICQUÉ.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.
Physiologie.....	PACHON.
Hygiène.....	AUCHÉ.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale.....	BERGONIÉ.
Chimie.....	CHELLE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.
Pharmacie.....	DUPOUY.

Zoologie et parasitologie.....	MM. MANDOUL.
Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	DENUCÉ.
Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques.....	LE DANTEC.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREUILH.
Pathol. ext. et chirurg. opératoire et expériment.....	GUYOT.
Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.

Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.
Histologie.....	LACOSTE.
Physiologie.....	DELAUNAY.
Anatomie pathologique.....	MURATET.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.
id.....	N.
Physique biologique et médicale.....	RECHOU.
Chimie biologique et médicale.....	N.
Médecine générale.....	MAURIAC.
id.....	LEURET.
id.....	DUPERIÉ.
id.....	GREYX.

Médecine générale.....	MM. MICHELEAU.
id.....	BONNIN.
Maladies mentales.....	PERRENS.
Chirurgie générale.....	ROCHER.
id.....	DUVERGEY.
id.....	PAPIN.
id.....	JEANNENEY.
Obstétrique.....	PERY.
id.....	FAUGÈRE.
Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.

Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.
Médecine opératoire.....	JEANNENEY.
Accouchements.....	PERY.
Ophtalmologie.....	CABANNES.
Puériculture.....	ANDÉRODIAS.

Démonstrations et préparations pharmaceutiques.....	MM. LABAT.
Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Chimie analytique.....	N.
Hygiène appliquée.....	N.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

Ton souvenir restera profondément gravé dans ma mémoire, car j'essaierai de modeler ma vie et mon labeur sur tes exemples. Je m'incline devant ta tombe, ô mère dont je n'ai pu que trop peu, hélas ! apprécier toute la bonté, et regrette que la mort t'ait ravie trop tôt à l'affection et à l'amour des tiens.

A MON PÈRE

Faible témoignage de mon affection reconnaissante.

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HÔPITAUX DE BORDEAUX

AUX MEMBRES DE MON JURY

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BÉGOUIN

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Témoignage de ma reconnaissance et de
mon admiration.

AVANT-PROPOS

Avant d'entrer dans une vie nouvelle et pleine d'attrait pour nous, il est une tâche que nous nous faisons un devoir d'accomplir, celle de remercier la France, qui nous a généreusement reçu sur son sol et qui nous a ouvert si hospitalièrement les portes de ses Universités.

C'est avec un sensible plaisir mêlé d'émotion, que nous profitons de l'occasion qui nous est offerte en ce jour, le dernier de notre vie d'étudiant, pour lui exprimer notre profonde reconnaissance.

Qu'il nous soit permis de dire merci à tous nos maîtres de la Faculté de médecine et des Hôpitaux, pour tous les enseignements qu'ils nous ont prodigués; car, loin d'ici, dans notre chère patrie, si nous pouvons être utile à nos semblables, c'est aux maîtres savants de la Faculté de Bordeaux que nous le devons.

Nous adressons, d'une manière toute particulière, l'expression de nos sentiments respectueux à notre éminent maître, M. le professeur Bégouin, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse et nous témoigner un intérêt des plus précieux.

M. le professeur Papin a bien voulu inspirer le sujet de notre travail et s'intéresser à notre effort. Qu'il nous soit permis de lui rendre ici un modeste hommage pour ses paroles bienveillantes et ses conseils de tous les instants.

Nous sommes heureux de présenter à M. le doyen Sigalas le témoignage de notre profonde gratitude pour l'inépuisable bonté et la bonne grâce naturelle qu'il ne cesse de témoigner à ses étudiants et particulièrement à nos compatriotes.

LES

COUDURES DU COLON ILIO-PELVIER

PAR BRIDES ACQUISES

INTRODUCTION

Que de soucis ont donné au médecin certains malades dépérissant de jour en jour sans qu'il soit possible de dépister aucune maladie. Nous disons « aucune maladie », car ces malheureux ne présentent aucun tableau clinique assez complet pour que le praticien puisse poser un diagnostic ferme. Pourtant ce fait-là est indéniable : on a devant soi un infortuné qui souffre et dont la souffrance s'accuse par des troubles extrêmement vagues qu'il est incapable de définir avec précision. Il s'agit, le plus souvent, de malades présentant de temps à autre, de vagues troubles d'obstruction intestinale. C'est ainsi que Lœper et Esmonet écrivaient : « Il est malheureusement impossible, même avec le secours coprologique, d'apporter, à l'heure actuelle, une précision suffisante dans la thérapeutique de certains troubles de l'appareil digestif et ce sera souvent après bien des tâtonnements que l'on parviendra à améliorer ou à vaincre une infirmité qui fait la fortune de certains fabricants de produits chimiques, mais le désespoir des malades et des médecins. »

En présence de tels faits nous prendrons la décision d'adresser ces malades au chirurgien. Cet examen par un chirurgien est d'autant plus nécessaire que de nombreux cas graves (tumeurs malignes, occlusions aiguës par volvulus ou coudure, d'affections inflammatoires) sont toujours précédés d'une période prodromique où l'arrêt relatif des matières constitue la seule manifestation de l'affection.

Grâce à l'antisepsie rigoureuse dont la science est redevable à Pasteur, la chirurgie abdominale toujours plus audacieuse, a pu accroître et reconnaître toute une pathologie spéciale de l'S iliaque. Sans parler de cancer, de volvulus, d'affections inflammatoires spécifiques, etc., il a fallu aussi se rendre compte de l'existence d'adhérences inflammatoires produisant des brides péritonéales qui enserrant et fixent l'anse sigmoïde en réalisant une occlusion lente et progressive par le double mécanisme de la compression et de la coudure.

Nous allons précisément avoir en vue, dans le chapitre qui suit, l'étude de ces coudures du côlon ilio-pelvien produites par les brides acquises.

Nous avons emprunté une grande partie des notions contenues dans cet ouvrage au rapport remarquable de M. Patel, au Congrès français de Chirurgie, en octobre 1913, et de la thèse de Lefebvre (Toulouse 1919).

Pour la commodité de la description, nous exposerons dans un premier chapitre les notions d'anatomie topographique absolument indispensables.

Nous étudierons ensuite, dans un second chapitre, l'étiologie et la pathogénie, en précisant les causes de ces accidents.

Puis nous donnerons une étude clinique suivie d'un certain nombre d'observations recueillies dans la littérature médicale.

Enfin la conclusion que nous formulerons ne sera que le résumé de cette littérature médicale relative à ces accidents.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie.

Le côlon ilio-pelvien fait suite au côlon descendant et s'étend, de là jusqu'au rectum, qui le continue.

Sa **longueur**, extrêmement variable suivant les sujets, est en moyenne de 35 à 45 centimètres d'après les mensurations de Jannesco, de 27 centimètres pour l'adulte et 17 centimètres seulement à 60 ans, d'après celles de Duval : ce dernier observateur a trouvé 58 centimètres dans un cas, 14 centimètres dans un autre, comme chiffres extrêmes. Terenetzki, étudiant la longueur du côlon ilio-pelvien dans différentes races humaines, est arrivé à cette conclusion que ce segment du gros intestin était plus court dans les races supérieures que dans les races inférieures. Cette longueur est relativement plus forte chez le nouveau-né que chez l'enfant et plus forte chez celui-ci que chez l'adulte, ce qui a fait dire à Duval que le côlon ilio-pelvien est un intestin en voie d'évolution, et qu'il tend vers une diminution manifeste de sa longueur en rapport avec l'âge de l'individu.

A son origine, le côlon ilio-pelvien est **situé** dans la fosse iliaque interne du côté gauche; mais il passe bientôt dans le bassin, qu'il occupe dans la plus grande partie de son étendue, d'où, par rapport à sa situation, le nom de *côlon ilio-pelvien*; mais si on considère uniquement sa configuration, il est logique, d'après ses diverses inflexions, de lui donner le nom de *colon sigmoïde* (anatomistes anglais et allemands), qui aura le grand avantage de convenir à tous les cas.

Il est rattaché à la paroi postérieure de l'abdomen et du bassin par un repli du péritoine appelé mésocôlon ilio-pelvien. Ce

méso est toujours très large et, de ce fait, permet une extrême mobilité de cette portion du gros intestin; d'où les divergences des auteurs dans la description de sa situation. Mettant de côté les variétés fort nombreuses de sa situation, nous nous rallions, avec Testut, à la disposition qui nous paraît la plus fréquente.

Si nous suivons le côlon sigmoïde, de son origine à sa terminaison, nous le voyons tout d'abord se porter verticalement de haut en bas, suivant le long du bord externe du *psaos*, jusqu'à 3 ou 4 centimètres au-dessus de l'arcade crurale (1); puis, s'infléchissant en dedans, croiser transversalement le *psaos* et passer dans l'excavation pelvienne, qu'il traverse de gauche à droite. Arrivé au bord droit de cette cavité, il s'infléchit une dernière fois sur lui-même et se portant obliquement en bas, en arrière et en dedans, il se continue par le rectum au niveau de la troisième vertèbre sacrée. D'après sa direction, il peut être divisé en deux portions : la première située dans la fosse iliaque interne gauche (*côlon iliaque*), l'autre intrapelvienne (*côlon pelvien*), dont la limite de séparation est le bord interne du *psaos*, c'est-à-dire au niveau où l'intestin passe dans l'excavation pelvienne.

Au point de vue de sa **configuration**, le côlon ilio-pelvien nous présente extérieurement de nombreuses *bosselures*, les *trois bandes musculaires* et le long de celles-ci des *appendices épiploïques*. Rappelons seulement qu'au voisinage du rectum la configuration de l'S iliaque subit une modification importante : les bandes musculaires, qui sont au nombre de trois, se réduisent le plus souvent à deux, en même temps que les bosselures et les sillons transversaux qui les séparent s'atténuent graduellement, de telle sorte que la portion prérectale du côlon

(1) Testut. « J'ai mesuré sur 15 sujets (10 hommes et 5 femmes) la distance en verticale qui sépare l'arcade crurale au point le plus déclive du côlon iliaque, lequel répond, dans la grande majorité des cas, à la partie interne du *psaos*. Les chiffres que j'ai obtenus dans ces mensurations m'ont démontré que cette distance est variable : elle est représentée dans ma statistique par une moyenne de 43 millimètres, avec un minimum individuel de 11 millimètres, et un maximum de 52 millimètres ».

revêt peu à peu une configuration assez régulièrement cylindrique, qui caractérise le rectum.

Le *péritoine* au niveau du côlon iliaque, abandonnant la paroi pour se jeter sur cet organe, recouvre successivement sa face interne, sa face antérieure et sa face externe pour s'infléchir de nouveau sur la paroi abdominale en respectant sa partie postérieure, qui s'applique directement contre la paroi abdominale; ou bien, il lui forme un court méso. Sur toutes les autres portions du côlon ilio-pelvien, le péritoine l'enveloppe entièrement et, s'adossant de lui-même au niveau du bord postérieur, il forme un long et large repli, le *mésocôlon ilio-pelvien*, qui vient se fixer, d'autre part, à la paroi postérieure de la cavité abdomino-pelvienne. Cette insertion pariétale, très irrégulière, mais entièrement fixe, est représentée par une ligne deux fois coudée sur elle-même. Cette ligne, partie du bord postérieur de la crête iliaque gauche, descend tout d'abord en bas, en dedans et en avant, en croisant la face antérieure du psoas. Puis se redressant et suivant le bord interne de ce muscle, elle se porte obliquement de bas en haut et de dehors en dedans, jusqu'à la hauteur de la quatrième ou même de la cinquième vertèbre lombaire. S'infléchissant alors en bas et en dedans, elle croise successivement l'artère iliaque primitive gauche et le flanc gauche de la cinquième vertèbre lombaire, atteint le plan médian au niveau de l'angle sacro-vertébral et ainsi descend jusqu'à la troisième vertèbre sacrée, où finit le repli péritonéal.

Le *mésocôlon ilio-pelvien*, très court au niveau de la portion initiale du côlon pelvien, s'allonge ensuite graduellement, de façon à atteindre son maximum de développement à la partie moyenne de l'anse pelvienne, où il mesure d'ordinaire 10 à 16 centimètres. Puis, il se raccourcit peu à peu en se rapprochant du rectum et devient de nouveau très court au voisinage de cet organe.

Grâce à l'existence du long méso qui le rattache à la fosse iliaque interne gauche et au sacrum, le côlon ilio-pelvien jouit d'une excessive mobilité : c'est même la plus mobile des qua-

tre portions du côlon. Si on veut bien remarquer que le mésocôlon reste court au niveau du segment iliaque, il en résultera que c'est le segment pelvien seul qui présente cette excessive mobilité. Cette mobilité lui permet d'occuper, dans la cavité abdominale, les situations les plus diverses; elle lui permet également d'être attiré hors de l'abdomen au cours d'une intervention chirurgicale; elle lui permet, enfin, de pénétrer dans un trajet herniaire, presque toujours dans un trajet inguinal gauche, et de donner ainsi naissance à une variété importante de hernie que l'on désigne sous le nom de *hernie de l'S iliaque*.

Chez les vieillards, sous l'influence de la stagnation des matières fécales dans le gros intestin, le mésocôlon ilio-pelvien subit un allongement véritable et peut atteindre 20 à 23 centimètres et même plus. Cet allongement est tel, parfois, que le côlon ilio-pelvien ressemble à un kyste mobile rattaché à la paroi abdominale postérieure par un pédicule étroit. Cette disposition anatomique favorise la torsion de l'S iliaque sur lui-même; aussi cette portion de l'intestin est-elle un siège de prédilection pour le *volvulus*, principalement chez l'adulte et le vieillard. Ajoutons que, pour traiter cette affection, il ne suffit pas de détordre l'intestin, mais qu'il est encore nécessaire, si l'on veut éviter la récurrence, de supprimer sa mobilité, soit en raccourcissant le mésocôlon trop long (Senn), soit en fixant ce dernier, sur toute son étendue, à la paroi abdominale (Roux).

Nous rappellerons, en passant, qu'au voisinage de l'insertion pariétale du mésocôlon ilio-pelvien, au niveau de l'artère iliaque primitive gauche et un peu au-dessous de sa bifurcation, se trouve un orifice circulaire qui nous conduit dans une petite cavité (de 3 à 6 centimètres, sauf cas exceptionnel) en forme d'entonnoir : c'est la *fossette intersigmoïde*.

Au point de vue des **rappports** du côlon ilio-pelvien avec le contenu abdominal, il convient d'examiner séparément la portion iliaque et la portion pelvienne.

a) *La portion iliaque* (côlon iliaque), répond : *en arrière*, aux deux muscles iliaque et psoas, sur lesquels elle repose et dont elle est séparée par le fascia ilica, le tissu cellulaire sous-

péritonéal et la lame de Toldt; puis aux vaisseaux iliaques externes qui longent le bord interne du psoas. *En avant*, à la paroi antérieure de l'abdomen. A l'état de vacuité, elle en est séparée par des anses grêles, mais, à l'état de distension, elle lui est plus ou moins contiguë. Ainsi il est facile, en cas d'obstacle dans le côlon sigmoïde, de sentir à la palpation de l'abdomen les boules de matière fécale qui se sont accumulées dans cette partie du gros intestin. Rappelons que, dans l'opération de Littre ou opération de l'*anus iliaque*, c'est à la paroi antérieure de l'abdomen que l'on abouche le côlon iliaque, soit d'une façon définitive (anus permanent), soit pour un temps limité (anus temporaire), suivant que l'affection pour laquelle on pratique cette opération (on sait qu'elle est destinée à parer aux accidents qui résultent d'un obstacle à la circulation des matières dans le gros intestin), est incurable ou, au contraire, susceptible de guérison.

b) *La portion pelvienne* (côlon pelvien) repose par sa *face inférieure*, sur les organes que renferme le bassin ou bien entre ces organes : chez l'homme, sur la vessie ou entre la vessie et le rectum; chez la femme, au-dessus de la vessie et de l'utérus avec ses annexes, ou bien dans un des deux culs-de-sac vésico-utérin et recto-vaginal. Mais, n'oublions pas que les organes pelviens précités, en passant de l'état de vacuité à l'état de distension, refoulent en haut l'anse pelvienne de l'S iliaque, qui, dans ce cas-là, peut remonter plus ou moins haut dans la cavité abdominale. Par tous les autres points de la circonférence, le côlon pelvien est en rapport avec les anses flottantes de l'intestin grêle ou bien encore avec l'une des parois antérieure ou postérieure de la cavité abdomino-pelvienne. Quelquefois il se trouve même dans la fosse iliaque droite en rapport plus ou moins intime avec le cæcum. Donc, sa situation en même temps que ses rapports, dépendent toujours de la longueur de son méso et de la plénitude des organes sur lesquels ou entre lesquels il repose.

Le mode de distribution des vaisseaux et des nerfs du côlon ilio-pelvien est exactement le même que celui du gros intestin

en général. Nous nous contenterons ici d'indiquer leurs noms et leurs origines. Cette portion du gros intestin reçoit de l'artère mésentérique inférieure, branche collatérale de l'aorte abdominale, trois branches que l'on désigne, d'après leur situation, sous le nom d'*artères sigmoïdes* (gauche, moyenne et droite). Les *veïnes* aboutissent, pour l'S iliaque, à la veine mésentérique inférieure ou petite mésaraique. Les *lymphatiques*, extrêmement nombreux, se dirigent en arrière, comme les veines, pour se jeter dans les ganglions lymphatiques qui s'échelonnent le long du bord adhérent du côlon ou à son méso. Les *nerfs* proviennent du plexus lombo-aortique par l'intermédiaire des plexus qui entourent les trois artères sigmoïdes.

Quoique nous n'ayons pas l'intention de décrire la **physiologie** complète du segment intestinal qui nous intéresse, nous croyons nécessaire de mentionner les points qui peuvent nous être utiles pour la suite de notre travail.

Les matières fécales sont poussées par des contractions lentes et péristaltiques vers l'S iliaque. Là elles paraissent s'arrêter au niveau du coude formé par le changement de direction de l'anse sigmoïde qui, mobile, tombe en avant du rectum, situé en arrière, vertical et fixe. Les matières ne descendent ensuite dans le rectum que par intermittence, sous l'influence de contractions plus vives, et alors tend à se produire ce phénomène réflexe qui est *la défécation*; mais si cette tentative d'évacuation ne réussit pas, si le passage leur est fermé, elles retournent dans l'S iliaque. Tous ces mouvements sont très lents, de même forme et de même nature que ceux de l'intestin grêle. Par rapport à leurs directions on les divise : en mouvements *péristaltiques*, c'est-à-dire dans lesquels les fibres circulaires de la membrane musculeuse se contractent successivement de haut en bas à mesure que la matière progresse dans le tube intestinal, de sorte que les matières, comprimées par en haut, se trouvent poussées dans la portion suivante de l'intestin, dont les fibres sont encore en état de relâchement; et en mouvements dits *antipéristaltiques*, qui sont ceux qui se produisent en sens inverse, de manière à faire rétrograder les matières.

Ils étaient considérés comme exceptionnels ou n'existant que dans les cas pathologiques; mais, d'après les expériences de W. Cannon (1902, 1904), on a constaté qu'ils existent habituellement, surtout dans la première portion du gros intestin

A propos du fait de l'achèvement de la digestion dans le côlon par absorption des substances assimilables contenues dans le bol intestinal, M. Pierre Delbet écrit : « Le cæco-côlon proximal est un organe digestif; les aliments y sont brassés par une série de mouvements péristaltiques et antipéristaltiques, mais certainement absorbés. » Pour Gley, Croves et Hall, le côlon absorbe 10 à 20 pour 100 d'eau, mais surtout au niveau du rectum et du côlon pelvien. D'où l'on peut conclure que, tandis que le bol intestinal perd son eau dans toute la traversée du gros intestin, les modifications digestives se placent surtout dans la première portion. La consistance normale des selles est donc atteinte seulement dans le côlon pelvien, où l'excès d'eau est absorbé au moment de leur stagnation dans cette portion. Normalement elles doivent être moulées, de consistance pâteuse et égale.

En cas d'évacuation journalière, le côlon pelvien seul est plein et se vide à la défécation; s'il y a retard d'évacuation, les matières s'accumulant, le côlon pelvien se distend, s'élève, diminuant l'angle pelvi-rectal, d'où arrivée des fèces dans le rectum, création de l'appel à la défécation.

Si le sujet résiste au désir de déféquer, la sensibilité du rectum s'émousse et les matières peuvent y séjourner sans provoquer le besoin d'exonération; dans ce cas l'examen permet de constater des matières dans l'ampoule rectale.

CHAPITRE II

Étiologie. Pathogénie.

Les causes qui produisent les coudures peuvent être d'*origine extrinsèque*, comme les adhérences, les voiles et les brides congénitales ou acquises, ou d'*origine intrinsèque*.

Pour bien saisir la production d'une coudure par des brides acquises, nous sommes obligés de passer en revue plusieurs théories. Ces théories expliquent la formation des adhérences suivies généralement d'obstruction intestinale par des coudures soit aiguës (cas rare), soit précédées de longue date par des gênes plus ou moins accentuées de la circulation du contenu intestinal (cas fréquent).

THÉORIE INFLAMMATOIRE. — Pour Virchow, le point de départ de l'inflammation est l'intestin lui-même (sigmoïdite) ou un des viscères voisins. Au bout d'un certain temps, cette sigmoïdite entraîne comme conséquence la përisigmoïdite, terme créé par Mayor, indiquant l'inflammation de ce segment du colon, mais n'en précisant pas l'origine. Après Virchow, auteur de cette théorie indiscutable, mais pas tout à fait complète pour comprendre tous les cas, nous signalerons, pour mémoire, les travaux de Thiriar, de Gernusy, de Garlson, de Reis, de Delatour, de Laroque, de Lejars, de Tuffier, de Duval, de Poulin, de Brichard, etc.

Cette inflammation peut provenir de l'intestin lui-même à la faveur d'une constipation anormale (longueur exagérée, diverticules nombreux), de conditions d'hygiène (vie sédentaire), d'âge (vieillards le plus souvent). Donc, il y a une *stase intes-*

tinale qui « entrave la circulation des tuniques intestinales; grâce à elle, les produits de putréfaction du bol fécal altèrent la muqueuse qui tombe par places; à la faveur de ces lésions minimales de la muqueuse, les agents microbiens, dont le développement est favorisé et la virulence exaltée par cette stase, pénètrent dans la paroi intestinale et provoquent des lésions inflammatoires » (Gatz).

L'inflammation est particulièrement favorisée par les *diverticules*, qui sont de deux ordres; les uns congénitaux, produits par traction ou pulsion, les autres acquis ou faux, dus à l'insuffisance musculaire et à l'augmentation de la pression intestinale; ils profitent des points faibles de la paroi, surtout des orifices vasculaires signalés pour la première fois par Graser.

Lorsque l'inflammation atteint le *méso sigmoïde* par l'extension des lésions des diverticules (Graser), elle peut produire la rétraction fibreuse du méso que Duval appela « méso-sigmoïdite cicatricielle », mais pour Virchow ce serait l'origine constante de tous les exemples de « *mésentéritis retrahens* ».

L'*appendice* même pourrait apporter l'inflammation par adhérences au méso-sigmoïde ou au côlon pelvien lui-même.

En dehors de l'intestin, l'infection banale des *voies génitales de la femme*, particulièrement de la trompe et de l'ovaire, dont nous avons signalé les rapports plus haut, sont bien souvent coupables de ces adhérences, causes des brides.

Lardennois écrivait que les brides, les adhérences, sont quelquefois « le reliquat de poussées inflammatoires franches; mais dans leur forme fréquente, elles sont l'effet de réactions infimes, mais continues... *La genèse réelle de ces brides, de ces adhérences, de cette pérисigmoïdite, c'est la sigmoïdite, capable de retentir à la longue sur la séreuse viscérale, sur le méso et sur la séreuse pariétale.* Aucun doute n'est plus possible sur la réalité de la lymphangite chronique sous-séreuse des côlons et des mésos dans les sigmoïdites chroniques avec rétention. »

En résumé, nous pouvons nous imaginer ainsi la succession des événements : les affections infectieuses ou inflammatoires

se déclarent dans un des organes de la cavité abdominale ou de l'intestin lui-même; il en résulte des adhérences. Celles-ci vont alors entrer en action, rapprochant des organes jusqu'alors indépendants, supprimant leur mobilité réciproque, agissant sur les éléments intermédiaires, diminuant leur calibre par compression ou par coudure, déformant l'anse intestinale en cercle presque fermé ou en M., la recourbant en « canon de fusil », avait conclu Lamy dans sa thèse.

THÉORIE MÉCANIQUE. — Lane explique les divers types de coudures sigmoïdiennes dans sa théorie de la « cristallisation des lignes de forces ». Mais, l'inflammation ne joue-t-elle pas ici le rôle principal ? A notre avis, nous pouvons répondre que si ce n'est pas dans tous les cas, au moins pour la plupart d'entre eux l'inflammation est le facteur primordial.

THÉORIE CONGÉNITALE. — Bien que l'hypothèse de la congénitalité des brides appartienne à Gersuny, il nous faut arriver à Duval (1902) pour avoir une idée de l'embryogénie du côlon ilio-pelvien. Pour cet auteur, l'S iliaque est un organe dont l'évolution est inachevée et, le plus souvent, ce sont des stades d'évolution que l'on a à considérer. A chaque période de sa vie, l'S iliaque devient de plus en plus court, en se fixant davantage sur les plans profonds. Ainsi la sigmoïde du fœtus diffère de celle de l'enfant et cette dernière de celle de l'adulte. Le mésocôlon ilio-pelvien poursuit aussi le processus de raccourcissement de telle sorte que chez l'adulte la portion pelvienne seule possède un long méso. Après 50 ans, Duval considère que même « le côlon pelvien est réduit à l'état d'une anse presque immobile plaquée devant la grande échancrure sciatique ». C'est ainsi que l'on peut distinguer, d'après Duval :

- Un côlon long avec son mésocôlon long;
- Un côlon long avec son mésocôlon court;
- Un côlon court avec son mésocôlon long;
- Un côlon court avec son mésocôlon court.

THÉORIE DUALISTE. — Des arguments irréfutables sont déjà apportés par ces deux théories. Il existe donc des altérations inflammatoires d'une part, des formations congénitales d'autre part.

Tuttle admet que les formations des coudures sont de deux origines différentes : les unes *congénitales* par l'inclinaison à gauche de l'extrémité supérieure du rectum qui comprime ainsi les deux extrémités du côlon pelvien; les autres *acquises*, par raccourcissement du méso ou fixation de l'intestin par adhérences à la suite d'inflammation.

THÉORIE MIXTE. — Les brides congénitales existent mais ne produisent d'accidents cliniques que si le facteur « inflammation » intervient. Agissant pour son propre compte, cette inflammation crée ces brides de toute pièce quand elles ne préexistent pas. Duval lui-même admettait la fréquence d'adhérences purement inflammatoires dans la méso-sigmoïdite rétractile où « les altérations pariétales de l'anse sigmoïde semblent bien consécutives à la stagnation des matières fécales, que la rétraction du méso provoque immédiatement. Quant aux adhérences inflammatoires qui unissent parfois l'anse dilatée aux organes voisins et que certains auteurs considèrent comme la preuve de la nature inflammatoire de la méso-sigmoïdite, ne sont-elles pas secondaires à l'infection colique, conséquence de la rétention fécale ?

Après l'exposé de ces différentes théories, la question se montre très confuse à première vue. Mais en considérant ces adhérences d'une manière générale comme dues à l'inflammation, il faut rechercher leurs origines soit dans l'infection intrinsèque (sigmoïdite), soit dans l'infection extrinsèque des organes adjacents (vessie, organes génitaux de la femme, etc.); soit dans l'infection spécifique (la tuberculose qui pourrait bien être « capable de créer des péricolites localisées, comme elle fait des pleurites sèches avec adhérences ». (Labbé).

Ces adhérences, si minimes soient-elles, ne peuvent que porter atteinte à la fonction de l'intestin. Car, il n'est pas néces-

saire qu'elles obstruent complètement sa lumière pour produire la stase par irritation réflexe due à la traction de ces adhérences.

En dehors des brides acquises, quelles sont maintenant les diverses autres causes capables de produire ces angulations sigmoïdiennes ? Nous nous contenterons de les mentionner.

La ptose peut amener des angulations d'un ordre tout différent. Ces coudures se produisent à l'union du segment fixe avec le segment libre.

Hertz explique l'obstruction au niveau de l'angle pelvirectal par un *spasme* des fibres musculaires circulaires quand il y a accumulation des fèces chez les gens qui n'obéissent pas à l'appel de la défécation. Le poids des masses fécales accumulées dans le côlon pelvien peut augmenter la coudure déjà existante; elle peut, en plus, comprimer le rectum.

Il existe toujours de la dilatation intestinale plus ou moins prononcée en amont des coudures ou des adhérences. Pierre Duval admet qu'il existe des dilatations en amont d'un obstacle d'un ordre aussi banal que les *dilatations idiopathiques*.

Enfin la *longueur anormale* du côlon pelvien peut quelquefois influencer la production des coudures.

Il existe des *sténoses* congénitales et acquises. Nous entendons par sténose, tout rétrécissement du calibre de l'intestin imputable à une lésion cicatrisée de la paroi même. Ces altérations ne sont pas de très grande importance, mais il est utile de connaître leurs origines, congénitales ou acquises. Toutes ces sténoses gênent la circulation du contenu intestinal, mais si la diminution de calibre ne suffit pas pour expliquer les troubles, il faut en attribuer l'éclosion à l'inflammation secondaire.

Pour ce qui est des *tumeurs inflammatoires et spécifiques* dont on connaît la fréquence et la malignité, les bons résultats thérapeutiques dépendent d'un diagnostic avant tout précoce. Car, le début de l'évolution de ces affections est aussi insidieux, presque latent, que la suite est dramatique et désespérée. Les tumeurs d'origine infectieuse (syphilis, tuberculose, actino-

mycose, etc.) sont susceptibles de réagir par la formation d'adhérences, qui peuvent amener l'accolement de franges épiploïques avec coudure de l'intestin (Letulle).

Tout *corps étranger* (calculs, tumeurs fécales, etc.) contenu dans la cavité, est capable par son volume d'obstruer plus ou moins la lumière intestinale. Des calculs biliaires, intestinaux, des corps étrangers (noyaux de fruits, etc.) forment par leur présence un noyau autour duquel s'accolent les fèces déshydratées, le mucus, des sels minéraux pour devenir ainsi des stercolithes qui, quelquefois par leur propre poids en cas de ptose de l'anse sigmoïde, exagèrent les coudures naturelles, ou même les produisent.

Les *sigmoïdites* retentissent fréquemment sur la séreuse péritonéale en produisant des coudures.

Nous disons pour conclure que les altérations du côlon ilio-pelvien, de beaucoup les plus fréquentes, sont les adhérences, résultat d'un processus inflammatoire aboutissant à la production des brides, dont la rétraction cause des coudures. Ce processus inflammatoire peut être soit endogène, soit exogène par infection des viscères voisins, surtout des organes génitaux de la femme. Les adhérences congénitales ne produisent de troubles qu'une fois déformées par l'inflammation.

Ensuite viennent les accidents relevant des conditions mécaniques : ce sont les ptoses avec les coudures consécutives, l'ectasie, l'allongement, les sténoses congénitales et acquises, les tumeurs inflammatoires ou spécifiques.

L'association d'une ou plusieurs de ces causes est très fréquente. Par exemple une salpingite, une tumeur pariétale ou de voisinage, s'accompagne d'adhérences tiraillant l'anse sigmoïde, tiraillement dont la conséquence est la formation d'une coudure se traduisant par des symptômes cliniques plus ou moins alarmants.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

D'après ce que nous avons décrit sur l'étiologie et la pathogénie des coudures du côlon ilio-pelvien, il est aisé de comprendre que leur production ne doit pas donner lieu, *à priori*, à des accidents aussi aigus que l'occlusion intestinale aiguë sans passé précédent. Dans notre observation, le malade avait eu pendant longtemps une obstruction lente et progressive jusqu'au moment où il lui devint impossible d'aller à la selle.

D'une façon plus générale, les adhérences contractées par l'intestin sont le plus souvent larges, trapues et courtes, elles peuvent fixer l'intestin, soit à la paroi pelvienne (c'est le cas de notre observation), soit à l'organe malade. On peut les voir aboutir sur la face péritonéale de l'intestin; presque toujours, les diverticules sont englobés à leur intérieur.

Fait important, l'insertion sur l'anse sigmoïde est étendue; à son niveau ou à son voisinage on rencontre des coulées inflammatoires chroniques; l'adhérence devient ainsi une péri-sigmoïdite chronique.

D'où le principe suivant : au cours de la libération, se tenir loin de l'intestin et vérifier toujours l'intérieur de la bride pour voir s'il n'existe pas de canal diverticulaire; le mieux est de lier avant de sectionner. L'S iliaque, dans notre cas, était fixé très étroitement au niveau du détroit supérieur, formant ainsi une coudure à son tiers supérieur.

Dans certains cas le côlon pelvien peut avoir différentes positions : soit qu'il est fixé à la paroi pelvienne par une ou

plusieurs brides, soit qu'il plonge dans le Douglas (coudure en M de Lane), soit qu'il est reporté au voisinage de l'appendice malade ou des annexes chez les femmes. Quel que soit le type anatomique, les coudures intestinales sont rarement aiguës, ce sont plutôt des déplacements dus à la rétraction des adhérences ou des brides rapprochant ainsi des organes jusqu'alors indépendants en supprimant leur mobilité réciproque.

La paroi intestinale est épaissie, sclérosée et par là même rétrécie; on se demande même souvent si les troubles observés sont dus plutôt à la coudure qu'à la lésion intestinale. Parfois, on peut trouver aussi le mésocôlon, qui normalement est souple et flottant, remplacé par de véritables brides cicatricielles ou lésions de mésosigmoïdite.

CHAPITRE IV

Etude clinique.

SIGNES GÉNÉRAUX (TROUBLES TOXIQUES). — Le contenu intestinal renferme normalement des substances toxiques, qui ne portent pas atteinte à l'état général d'un sujet sain, car la durée du séjour des fèces dans l'intestin n'est pas suffisante pour permettre une résorption intense. La quantité résorbée dans de faibles proportions est rendue inactive au niveau du foie, agent de neutralisation. Mais, lorsqu'il se produira une stase par suite d'obstruction mécanique (brides, coudures), la résorption sera augmentée et engendrera divers troubles, parmi lesquels nous ne mentionnerons que les plus évidents : altérations de l'état général, fièvre et prédisposition aux diverses maladies.

Dès le début, l'*altération de l'état général* se traduit par l'*amaigrissement*, c'est-à-dire par la disparition de la graisse non seulement dans les interstices musculaires, mais aussi de la graisse qui maintient la solidarité des viscères, en particulier du rein et de celle qui sert de soutien aux éléments nobles des mésentères et feuillets péritonéaux; les muscles y participent par l'atrophie relative qu'ils subissent; même il s'y ajoute parfois un certain degré de dégénérescence.

La *fièvre*, quand elle existe, présente un intérêt particulier en ce sens qu'elle est peu accentuée, ne dépasse pas 38°, quelquefois même on note de l'hypothermie. Nous n'ignorons pas l'existence de poussées fébriles dans la constipation simple qui suit les interventions, les traumatismes accidentels ou fonctionnels (accouchement) et qu'un purgatif suffit à faire disparaître

Quoique le début de l'intoxication soit insidieux, il se traduit tout d'abord par quelques troubles digestifs vagues qui s'accroissent ensuite sous forme d'anorexie, d'état nauséux, de vomissements alimentaires ou bilieux; céphalée; la fièvre est fréquente mais peu élevée; l'abdomen est un peu douloureux, ballonné. Les urines renferment souvent un excès d'ammoniaque. Les troubles s'amendent à la suite d'une débâcle naturelle ou provoquée. Pour peu que les crises se répètent, l'état général subit à chaque assaut une altération progressive qui finit par offrir un tableau des plus alarmants.

Il est facile de comprendre qu'un organisme dont l'état général est mauvais, puisse offrir aux diverses maladies une réceptivité plus grande et une résistance moins efficace. Les infections aiguës ou chroniques, la tuberculose en particulier, vont trouver chez ces malades un terrain particulièrement favorable.

Symptomatologie.

Quel que soit le type anatomique, les coudures intestinales sont rarement aiguës.

« En général, la maladie causale domine (annexite chez la femme). Il s'y ajoute le tableau de l'entéro-colite invétérée; quelquefois, une vive douleur survient, s'accompagnant de légère obstruction intestinale avec péristaltisme discret et se termine par une débâcle stercorale. Suivant certains auteurs (Tuttle, Mummery), la douleur à gauche pendant la défécation est caractéristique » (Patel).

Au début les troubles généraux sont d'intensité variable, mais le plus souvent peu intenses, sans phénomènes d'auto-intoxication importants ou tout au moins durables : « Ce qui caractérise les symptômes des coudures du côlon ilio-pelvien, c'est le début généralement insidieux, sa lenteur d'évolution, l'absence ou le peu d'intensité de phénomènes généraux. Toute la symptomatologie témoigne, pendant une assez longue période, d'une obstruction incomplète qui quelquefois cède au traitement, ou même arrive à l'amender sans soins spéciaux.

Maïs, l'obstruction des matières fécales consécutives à la production de ces brides peut être modifiée d'un moment à l'autre par des nouvelles adhérences inflammatoires qui, accentuant de plus en plus une flexion angulaire de l'intestin, peuvent donner lieu à une obstruction de plus en plus complète et définitive » (Brichard).

A l'appui de la thèse du début insidieux, nous nous rapportons à l'observation personnelle de M. le professeur agrégé Papin, où nous voyons notre malade, très constipé depuis un an avant l'intervention, constatant lui-même des matières laminées, rubanées, sans souffrir cependant, arriver jusqu'au moment où il lui devient impossible d'aller à la selle.

D'après l'opinion de ces auteurs à laquelle nous souscrivons, il nous reste à voir quels sont les symptômes par lesquels on peut diagnostiquer le début d'une obstruction intestinale latente.

De quelque nature qu'il soit, l'obstacle au cours des matières intestinales produit des troubles identiques dans tous les cas. Ce sont les *réactions de l'intestin* au-dessus de l'obstacle et puis, à la longue, des *troubles toxiques*, que nous venons d'étudier.

A. — SYMPTOMES FONCTIONNELS. — Au point habituel (fosse iliaque interne gauche), chez le malade s'établissent des poussées douloureuses comparées à une torsion profonde, dont l'intensité est atténuée quelquefois par une position spéciale. Ces *douleurs*, aux moments de calme, sont lentes, sourdes, mais toujours sujettes à exacerbation pour une cause quelconque (menstruation chez la femme, la défécation, fatigue inaccoutumée, voyage, etc.). On a même signalé des irradiations vers les membres inférieurs, les lombes, par compression des plexus sacrés (Küss).

L'examen direct permet de localiser la douleur à leur point initial malgré la zone d'endolorissement particulière et ainsi d'éliminer la responsabilité des autres organes. La palpation réveille ou exagère la douleur déjà préexistante dont le siège de prédilection est dans la fosse iliaque interne gauche. Ces dou-

leurs provoquées siègent sur le segment intestinal atteint, mais peuvent être réveillées par des pressions exercées à distance.

L'évacuation du contenu intestinal présente des variations de détail parce que les sujets sont des constipés depuis un certain temps. *La rétention fécale* est plus nette les jours qui précèdent les crises douloureuses. Dans les phases de calme, il arrive assez souvent que l'attention du malade est attirée par les déformations que ces matières présentent (ovillées, laminées, rubanées).

Donc, la constipation opiniâtre avec des périodes fréquentes de rétention terminées par des débâcles stercorales et des phases de calme, durant lesquelles se présentent des matières fécales laminées, ovillées ou rubanées, est caractéristique de l'obstruction incomplète de la lumière intestinale.

B. — EXAMEN PHYSIQUE. — Les résultats que nous fournit l'examen physique varient suivant la période à laquelle il est pratiqué.

L'inspection du sujet permet de relever les diverses *altérations générales* (aspect de la peau, atrophies diverses, perte de poids, etc.), car le malade se présente au médecin presque toujours après avoir souffert pendant une période plus ou moins longue, variant de quelques semaines à plusieurs mois.

Pendant les crises, le *météorisme* est évidemment localisé dans la région du segment intestinal où a lieu la rétention. Dès que la cause d'arrêt est un peu plus importante, on assiste à l'évolution des *mouvements antipéristaltiques* de la paroi du côlon essayant de forcer l'obstacle.

La palpation permettra de vérifier et de compléter ces premières données. Elle apprécie la résistance des régions intéressées, sans que l'on trouve de la défense de la paroi. Elle fait sentir le segment intestinal, où existe l'arrêt, sous forme de « boudin » où la pression peut entraîner la production d'un gargouillement dû à l'échappement des gaz (Duval).

Pour faire un examen méthodique par la palpation, il est né-

cessaire d'observer certaines règles prescrites par Duval, mais modifiées par Cawadias.

Avant de pratiquer le palper, l'observateur se place du côté à examiner, de façon à dominer le patient, celui-ci étant placé dans le décubitus dorsal.

Cawadias recommande de procéder d'abord à la palpation superficielle, qui rend compte de l'état de la paroi, de sa résistance ou de son affaiblissement; on apprécie ainsi les grosses tumeurs superficielles, l'hyperesthésie pariétale. Puis on utilise la méthode de Duval : les mains, à plat sur la paroi, sont enfoncées pendant l'expiration, restent immobiles pendant l'inspiration, mais sans perdre le terrain gagné. On atteint bientôt le plan résistant de la paroi postérieure de l'abdomen, la fosse iliaque interne, les lombes; l'extrémité des doigts touche le bord externe du muscle droit correspondant, le poignet est au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure. A ce moment on recourbe légèrement l'extrémité des doigts et, ramenant les mains vers soi, on sent les segments coliques correspondants; pour atteindre l'anse pelvienne, la main gauche doit gagner peu à peu vers le pubis et continuer à déprimer la paroi. On arrive par la palpation profonde à déterminer la présence ou l'absence d'un segment colique dans une région donnée; la forme, les dimensions, le trajet et la mobilité de ce segment, l'état de sa paroi (relâchement ou contracture), l'état du contenu par la production de bruits (gargouillements), la sensibilité du segment, la présence d'une tumeur vraie ou fausse.

Le palper sert comme moyen de contrôle pour l'étude radiologique et, grâce à lui, le massage de l'intestin peut s'exécuter avec plus d'exactitude.

Le toucher rectal, et vaginal en plus chez la femme, doivent se pratiquer, pour Duval, toujours en position inclinée (bassin situé plus haut que la tête); ils permettent d'explorer toute l'anse pelvienne et le petit bassin; ils doivent être toujours combinés avec le palper. Ils permettent d'apprécier l'état des divers organes pelviens (la prostate chez l'homme, les organes génitaux internes chez la femme); ils jugent du calibre du conduit

intestinal et de ses modifications, de l'état même de la muqueuse.

Plus spécialement pour des lésions muqueuses, la méthode de l'**endoscopie recto-colique** est de la plus haute précision. Méthode idéale pour le rectum, mais très difficile à manier pour le côlon ilio-pelvien.

C. — **RADIOSCOPIE.** — Pour trancher le diagnostic, il est souvent utile d'avoir recours à un examen approfondi aux rayons X. C'est la seule méthode par laquelle nous obtiendrons le plus de profit car, pour peu que les altérations portent au-dessus de la jonction sigmoïdo-rectale l'étude radiologique sera souvent la seule capable de nous apporter les précisions recherchées. Nous pourrons, grâce à la radioscopie, suivre pas à pas le cheminement du contenu intestinal et localiser avec la plus grande exactitude le siège des lésions; elle nous dévoilera souvent, utilisée seule ou aidée du palper, les caractères des modifications anatomiques et nous permettra de les définir. Nous allons, tout d'abord, décrire, d'après Dubourg, la situation et la forme de l'intestin, tel que la radiologie le montre normalement.

*
* *

La radiologie du côlon ilio-pelvien peut comprendre deux ordres d'examens :

La méthode haute : Après l'*absorption* d'un lait de bismuth, on examine le côlon au fur et à mesure de son remplissage.

La méthode basse : Le *lavement bismuthé*, malade couché, à l'aide d'un iléo-clyseur.

« Ces deux méthodes ne sont nullement antagonistes : mais il semble que la méthode basse, du lavement, s'impose comme le premier temps d'examen par sa rapidité et la précision des renseignements obtenus et que la méthode haute ne soit que complémentaire du lavement bismuthé pour parfaire le diagnostic » (Aubourg).

Pour obtenir des renseignements complets il faut toujours,

après avoir fait l'examen du *malade couché*, pratiquer l'examen du *malade debout*. Cet examen combiné à des mouvements volontaires du malade, à une respiration forcée, et surtout au palper, permet de reconnaître la place exacte d'un point douloureux, la fixation par des adhérences de telle ou telle portion de l'intestin.

Normalement, le lavement est donné au sujet *couché*, le liquide, après avoir distendu l'ampoule rectale en forme « de cœur de carte à jouer », marque un temps d'arrêt (ne dépassant guère deux minutes) à l'arrière du rectum et du côlon pelvien, dessine le côlon pelvien, marque un nouveau temps d'arrêt, au niveau du détroit supérieur, à l'arrière du côlon pelvien et du côlon iliaque, puis dessine le côlon iliaque et marque un troisième léger temps d'arrêt à l'arrière du côlon iliaque, du côlon descendant. Dans son ensemble, l'aspect radiologique est celui d'un S allongé dont la partie droite inférieure touche l'articulation sacro-iliaque droite. Dans l'examen du *malade debout*, il y a affaissement et élargissement de l'ampoule rectale et le côlon ilio-pelvien est en partie couché dans la fosse iliaque interne gauche.

Anormalement, les constatations radioscopiques peuvent se traduire par des vices de progression du liquide (sténoses, coudures permanentes), par des vices de longueur et de calibre (coudures mobiles par allongement, mégacôlons, rétrécissements, spasmes), de rapports (ptose), de mobilité (adhérences), d'aspect extérieur (péricolites).

Nous n'insisterons pas trop sur toutes les anomalies que l'on peut constater à l'examen radiologique du côlon ilio-pelvien, mais nous attirerons tout particulièrement l'attention sur les vices de progression du liquide, dû à des sténoses ou des coudures de l'intestin. Cet arrêt, plus ou moins permanent suivant les cas (sténose ou coudures), est brusque; le lavement est arrêté en cours de route, dans un point de l'intestin, au niveau de l'obstacle et ne passe plus. Dans les cas typiques, cet arrêt n'est modifié :

Ni par le temps. Il peut persister dix, quinze, vingt minutes

et même davantage. Il est important de ne pas oublier les arrêts normaux, qui sont de quelques secondes.

Ni par l'augmentation de pression du liquide. Si l'on donne un lavement avec un bock ou qu'on emploie un iléo-clyseur, l'augmentation de pression ne produit aucune modification.

Ni par la palpation. Le massage direct sous contrôle de l'écran, du segment intestinal, n'amène aucune progression du liquide bismuthé.

Ni par les mouvements respiratoires forcés. Dans certaines formes on observe que les arrêts cèdent à la palpation combinée aux mouvements forcés de rétraction de l'abdomen (aéro-colite).

Ni par les changements de position du malade. La table de rayons X est une table mobile permettant d'obtenir les différentes positions.

Ni par la position debout. Le malade devra donc être examiné debout et couché.

Donc, le lavement bismuthé permet de faire le diagnostic de sténose et aussi d'en préciser le siège sur tel ou tel point du côlon ilio-pelvien. Quant à savoir par les rayons X si la sténose est d'origine extrinsèque ou intrinsèque, il est intéressant de palper au niveau de l'arrêt du lavement, pour juger de l'état plus ou moins mobile du segment et ainsi de pouvoir donner quelques indications sur les adhérences possibles à ce niveau.

Les coudures du côlon, rendues permanentes par des adhérences, peuvent se traduire par un arrêt brusque du lavement, qui finit par passer, mais difficilement et dessine des figures variables qui rappellent les lettres de l'alphabet. Le palper sous l'écran montre la permanence de ces coudures, malgré les tentatives de dissociation par la pression directe : elles persistent quand le malade est ensuite examiné debout.

A côté de ce signe caractéristique de l'arrêt du lavement, qui indique le niveau de diminution du calibre intestinal, il est un signe moins important et surtout moins fréquent, c'est l'existence de *mouvements antipéristaltiques*. Ces mouvements on-

dulatoires, très légers, dirigés vers le rectum, s'observent quelques minutes après l'arrêt.

Pour conclure, nous disons que l'*arrêt brusque du lavement*, la constatation du reste assez rare des *mouvements antipéristaltiques*, les *résultats du palper*, sont les trois signes radiologiques capitaux qui trancheront le diagnostic.

EN RÉSUMÉ : On voit donc que la symptomatologie des coudures du côlon ilio-pelvien se confond avec les signes de l'obstruction intestinale chronique. Elle est toute différente suivant le moment où on examine le malade.

1° La constipation opiniâtre durant six jours, huit jours, quelquefois bien davantage, suivie de débâcles, de troubles digestifs de toute sorte, inappétence, lenteur des digestions, nausées, vomissements, coliques, parfois malaise général, céphalée, vertiges, insomnies, phénomènes généraux sous la dépendance de la constipation, de la résorption des matières fécales, mais qui n'atteignent jamais ni l'importance, ni l'acuité de ceux qu'on observe dans une obstruction aiguë, tels sont les principaux symptômes observés dans les coudures de l'S iliaque aux moments de calme.

2° Pendant la crise. Sous une influence quelconque (fatigue, menstruation, spasme intestinal surajouté) on retrouve tous les principaux signes de l'occlusion aiguë, mais seulement plus atténués. La douleur moins vive, l'arrêt des matières et des gaz même complet, le ballonnement du ventre, le météorisme, tous ces signes cèdent à la suite des débâcles.

Donc, la douleur dans la fosse iliaque gauche avec l'arrêt chronique des matières fécales accompagnée parfois d'une tumeur constatée au palper au niveau de l'anse sigmoïde, sont les signes qui exigent, pour se mettre à l'abri d'une erreur, l'examen radioscopique qui servira à trancher le diagnostic.

Diagnostic. Pronostic.

Devant un malade qui présente l'ensemble fonctionnel de l'occlusion intestinale chronique au moment d'une crise aiguë, l'idée d'un étranglement herniaire est la première qui doive se présenter à l'esprit. Pour ce qui est du cas dont nous rapportons l'observation, le diagnostic fut nettement éliminé après l'examen des régions crurales des deux côtés. Nous n'insistons pas sur les différentes affections qui auraient pu induire en erreur (coliques néphrétiques, empoisonnement, etc.), le fait brutal serait là pour nous éclairer; il s'agissait d'une obstruction intestinale larvée devenue complète.

On pouvait se demander aussi s'il ne s'agissait pas d'un néoplasme de l'intestin réalisant une occlusion lente et progressive. C'était l'hypothèse la plus probable en tenant compte de l'âge du malade, de la marche progressive de l'occlusion, de la déformation des selles (laminées ou rubanées), avec absence de douleur pendant la défécation. Quoiqu'il manque les principaux signes de néoplasme (sang dans les selles, tumeur constante, etc.), on ne peut éliminer cette hypothèse qu'après avoir fait la laparotomie exploratrice, seule capable de donner la certitude.

Le ventre très peu météorisé nous permettait de faire une localisation de siège, confirmée par la radioscopie. D'après tous ces signes, la possibilité de confusion avec un néoplasme nous autorisait à conclure seulement en faveur d'un obstacle, ce que révéla d'ailleurs l'opération.

La difficulté de préciser la nature de l'obstacle est bien exprimée dans la thèse de Millet, qui dit : « Ce n'est qu'au cours d'une laparotomie qu'il est possible de découvrir ces brides péritonéales qui enserrant et fixent l'intestin et réalisent une occlusion lente et progressive par le double mécanisme de la compression et de la coudure. »

En somme, les erreurs sont fréquentes; ce qu'il faut souligner, c'est qu'en présence d'une occlusion intestinale, il faut,

comme on l'a dit, avoir la « laparotomie facile ». Tel est le traitement chirurgical qui s'impose comme un véritable dogme.

Pour nous, c'est la précocité de l'opération qui est le facteur le plus important, et nous n'hésitons pas à dire que plus l'intervention sera tardive, plus réservé sera le pronostic; plus l'opération sera tentée de bonne heure, plus bénignes seront les suites opératoires.

Il est presque inutile de dire qu'il faut éliminer les cas où les malades sont atteints d'affections cardiaques ou pulmonaires, ou relèvent d'un état antérieur qui les met dans un état de moindre résistance, surtout après l'intervention.

Traitement.

En présence de phénomènes d'obstruction larvée se traduisant par des algies abdominales de toute espèce, il est très difficile d'établir que ceux-ci soient la conséquence d'une occlusion de l'anse sigmoïde. Les cas aigus sont excessivement rares. La plupart des malades, bien avant que l'obstruction ne soit complète, viennent consulter leur médecin pour constipation opiniâtre, et souvent même accompagnée de douleur.

Le traitement médical est indiqué d'une manière absolue avant tout acte opératoire : il démontrera par son échec, l'utilité d'une action plus directe, ou bien préparera le sujet à subir cette dernière avec plus de succès; continué après l'intervention, il aidera au relèvement du malade. Donc, il sera toujours prudent de commencer par le traitement médical symptomatique le plus bénin pour éliminer les constipés ordinaires, sans cependant s'y attarder.

Dès le premier échec de ce traitement, grâce aux renseignements que nous aurons recueillis sur le passé du malade par un examen minutieux et approfondi, et nous basant sur la chronicité et l'intensité des signes fonctionnels, principalement les accès d'obstruction, nous pourrions poser la question de l'intervention chirurgicale.

L'examen radiologique, en démontrant l'arrêt du lavement

opaque au niveau de la sigmoïde, apporte un argument de plus en faveur de l'intervention. Car, dans les cas de ce genre, c'est l'hypothèse d'un néoplasme possible qui doit se présenter à l'esprit du chirurgien; seule la laparotomie est capable de vérifier cette hypothèse, et c'est donc la crainte du néoplasme qui, en pareille occurrence, justifie et commande l'intervention exploratrice précoce.

En présence de tels symptômes, il faut intervenir par une laparotomie assez large, essayer de rechercher la cause de l'obstruction. Libérer la coudure et réséquer la bride, telle est la conduite à tenir.

D'une façon plus générale, le traitement de choix des coudures du côlon ilio-pelvien consiste à « mettre hautement en évidence le principe de ne jamais perdre de vue la maladie première. L'ablation d'un appendice malade, de trompes enflammées : voilà la bonne opération; il suffit de régulariser simplement le trajet de l'S iliaque, ce qui se fait mathématiquement par la péritonisation, sans vouloir chercher une forme idéale que l'on n'obtiendrait pas. Il est courant d'observer de cette façon des guérisons complètes » (Patel).

Si la lésion intestinale existe seule, diverses opérations peuvent être pratiquées : la dilatation aux bougies de Wales (Tuttle); la libération des adhérences (Royster), sont les plus simples. Les entéro-anastomoses ont été surtout appliquées dans les lésions généralisées au côlon. Lane et Giordano ont préconisé l'exclusion unilatérale du gros intestin; celle-ci est préférable en raison du reflux possible des matières. La résection est souvent recommandée, mais n'est pratiquée que quelquefois.

Il est certainement difficile d'apprécier ces diverses opérations sans reconnaître une certaine valeur à tous ces procédés. Mais il ne faut en exagérer ni le nombre, ni la valeur, ainsi que le montrait Roux, de Lausanne, au Congrès de chirurgie, 1912.

CHAPITRE V

Observations résumées.

OBSERVATION I (Inédite)

Due à M. le professeur agrégé PAPIN.

P. F..., 68 ans. Début, il y a un an, par apparition de matières fécales laminées, rubanées, ce qui était une chose nouvelle dans l'histoire du malade. Pendant un an, il constate que ses matières sont laminées, mais il ne souffre pas.

Au commencement de novembre 1923, il lui devient impossible d'aller à la selle pendant huit jours et il entre à l'hôpital. A ce moment le toucher rectal faisait constater dans l'ampoule de petites matières rubanées. Le toucher rectal ne fait rien constater comme autre lésion au niveau de l'ampoule. Peut-être à bout de doigt un rétrécissement (?). La rectoscopie jusqu'à 15 centimètres est négative.

L'examen radioscopique, fait à l'aide d'un lavement bismuthé, montre que l'ampoule rectale se distend convenablement par le lavement qui remonte avec peine jusque vers la moitié de la sigmoïde où il semble s'arrêter complètement, car malgré la quantité du liquide injecté et un massage abdominal sous l'écran, il est impossible de faire remonter le lavement opaque au-dessus de la sigmoïde.

Azotémie : 0 gr. 25 par litre.

Pachon : Maxima, 14; minima, 6; indice, 3,5.

Opération le 30 novembre 1923. Laparotomie sous-ombilicale qui permet de constater au niveau du rectum qu'il n'y a absolument aucune tumeur. En remontant du rectum sur la sigmoïde, celle-ci, après une anse libre, *vient se fixer très étroitement au niveau du*

détroit supérieur, puis reprend sa liberté pour former une petite anse qui se continue avec le côlon descendant. Vide au-dessous de sa fixation au détroit supérieur, elle est, en revanche, très dilatée au-dessus. On libère cette coudure. On n'y sent aucune tumeur. Nulle part ailleurs, sur le côlon, on ne sent de néoplasme.

Guérison de la laparotomie par première intention.

Complication pulmonaire : une bronchite. Le malade, 15 jours après son opération, accuse un mieux sensible au point de vue intestinal, et va actuellement très facilement à la selle.

Le 11 janvier 1924, le malade sort. Cet homme, qui était très constipé depuis un an et avait eu deux crises d'occlusion, va à la selle spontanément tous les jours.

Un nouvel examen radioscopique pratiqué alors, est très instructif par rapport au précédent. Le lavement bismuthé, après avoir rempli l'ampoule rectale, passe par un endroit un peu rétréci, mais remonte très facilement dans tout le côlon descendant jusqu'à l'angle splénique.

OBSERVATION II

CARLSON, *Semaine médicale*, 7 septembre 1904.

X... Constipation chronique avec débâcles et tuméfaction dans la fosse iliaque interne gauche. Douleurs à ce niveau. Diagnostic : adhérences du côlon ilio-pelvien. Opération : *la sigmoïde est accolée à la paroi par des adhérences qui la fixent en remontant jusqu'à la crête iliaque*. Pas de trace d'inflammation aiguë ou chronique dans le reste de l'abdomen. La sigmoïde est très rétrécie, du volume du doigt. Le mésentère est enfoui dans les adhérences et retrouve sa longueur après libération, ce qui représente le traitement. Guérison parfaite. Deux ans après l'opération, l'état local et général est florissant.

OBSERVATION III

BLOODGOOD, *Annals of Surgery*, 1909, v. p. 161.

Femme, 38 ans. Mélancolie grave. Constipation opiniâtre progressive avec crises douloureuses et distension du côté gauche. Diagnos-

tic : obstruction intestinale soit par volvulus ou par adhérences de la sigmoïde. Opération du 7 novembre 1908 : *adhérences sur la sigmoïde, le péritoine pariétal, la trompe, l'ovaire, denses et fibreuses. Libération et péritonisation.* A la suite, parésie intestinale, phlébite et pleurésie.

OBSERVATION IV

Küss, Thèse de Paris, 1909.

Homme, 45 ans. Douleurs abdominales du côté gauche; constipation opiniâtre et selles sanguinolentes. Tuméfaction douloureuse et mobile à gauche. Diagnostic : obstruction chronique incomplète de l'anse sigmoïde par adhérences. Intervention : *adhérences à l'union du segment supérieur et moyen de l'S iliaque avec gros ganglion dans le mésentère. Libération des adhérences.* Excellent résultat.

OBSERVATION V

CLARK, *The Journal of the Amer. med. Assoc.*, 6 août 1910.

X..., 24 ans. Constipation très ancienne; depuis 8 ans, douleurs dans la fosse iliaque gauche avec crises aiguës. Aux rayons X, masse considérable de bismuth dans la sigmoïde. Opération : *sigmoïde fixée par une bande péritonéale d'origine congénitale, maintenant le côlon bridé contre la paroi; dilatation de l'intestin au-dessus : résection de la bride.* Guérison complète maintenue 4 mois après.

OBSERVATION VI

LABBÉ, *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1912.

Femme, 35 ans. Depuis 6 mois, douleurs violentes dans la fosse iliaque gauche; depuis, souffrance constante, constipation tenace. L'abdomen est météorisé; la palpation de la fosse iliaque interne gauche est douloureuse. La radiographie, après repas et lavement bismuthé, décèle un rétrécissement sur le sigmoïde. Intervention : *rétrécissement de 5 à 7 centimètres siégeant à la partie inférieure du sig-*

moïde. Lésion de péricolite membraneuse, surface intestinale rouge tapissée de membranes allongées, vasculaires; le calibre de l'intestin est rétréci et la paroi n'est pas épaissie. Le 25 mai 1912, opération par Mauclaire : *résection des brides*. Amélioration fonctionnelle avec selles plus faciles. La radiographie exécutée 15 jours après décèle encore le rétrécissement.

OBSERVATION VII

MUMMERY, *The Lancet*, 20 juillet 1912.

Homme, 38 ans. Depuis 18 ans, douleurs abdominales et constipation. Adhérences de sigmoïde diagnostiquées après examen sigmoïdoscopique. Opération : *bandes d'adhérences allant du bord inférieur de l'estomac et de la sigmoïde à la fosse iliaque gauche. Libération des adhérences*. Guérison avec augmentation de poids (14 kilogrammes).

OBSERVATION VIII

TUTTLE, *New-York medical Journal*, 14 mars 1908.

Homme, 41 ans. Constipation opiniâtre et progressive, douleur dans la région iliaque interne gauche, tympanisme du cæcum; sigmoïdoscope arrêté à 8 pouces de l'anus. Opération : *anse du sigmoïde adhérente au muscle iliaque gauche, coudure de l'intestin. Libération des adhérences*. Guérison parfaite.

OBSERVATION IX

MAUCLAIRE, *Revue internationale de médecine et de chirurgie*, 25 janvier 1913.

Femme, 35 ans. Depuis deux mois, douleurs abdominales avec alternatives de constipation et de diarrhée, vomissements. Amaigrissement de 17 kilos. Abdomen ballonné et douleur à gauche. A la radiographie, rétrécissement à l'union du sigmoïde et du descendant. On pense à un néoplasme. Opération : *voile membraneux strié de vaisseaux, plaquant l'S iliaque contre la paroi. Résection des adhérences*. Amélioration. Un mois après, à la radioscopie, le liquide

passé mais au niveau de l'angle gauche est arrêté, indiquant peut-être une récurrence des adhérences.

OBSERVATION X

SPENCE, *New-York medical Journal*, 14 mars 1908, p. 839.

Homme, 39 ans. Il y a deux ans, douleurs du côté gauche le long du côlon descendant. Constipation avec scybales. Amaigrissement de 20 livres. Il y a un an, opéré pour cancer intestinal sans que rien fut trouvé. Opération : *adhérences avec coudure de la sigmoïde à son milieu*. Ce dernier forme un cercle maintenu par des adhérences. Libération des adhérences et iléo-sigmoïdostomie à 12 pouces de la jonction iléo-cæcale. Hématémèse à la suite. Selle au bout de 10 jours par lavement. Quatre mois après, état parfait.

OBSERVATION XI

TUTTLE, *New-York medical Journal*, 14 mars 1908.

Homme, 42 ans. Anémique, constipation depuis 5 ans, après une inflammation aiguë de l'intestin. Tympanisme du cæcum; sigmoïdoscope arrêté à 8 pouces $1/2$ de l'anus. Opération : *coudure aiguë de la sigmoïde adhérente au muscle iliaque gauche*. Libération des adhérences. Disparition des symptômes.

OBSERVATION XII

MUMMERY, *Diseases of the colon Bristol Ihon Wright*, 1910.

Femme, 31 ans. Depuis 10 ans, colite muco-membraneuse avec crises de douleurs abdominales à maximum du côté gauche. Amaigrissement, teint terreux, toxémie, mucus dans les selles, ténesme rectal. Traitement médical nul. Au sigmoïdoscope, coudure fixée au milieu du côlon pelvien. Utérus rétrofléchi. Opération : *adhérences multiples et résistantes coudant la sigmoïde en son milieu*. Libération et péritonisation. Guérison parfaite. Quelques mois après la malade a engraisé.

OBSERVATION XIII . .

TUTTLE, *New-York medical Journal*, 14 mars 1908.

Femme, 35 ans. Dysenterie il y a 9 ans. Constipation progressive, ballonnement, douleurs à gauche. Diagnostic : *adhérences de la sigmoïde à la trompe gauche*. Dilatation par des bougies sans résultat. Opération : *appendicectomie. Sigmoïde adhérente aux annexes gauches avec coudure aiguë. Libération des adhérences et fixation de la sigmoïde au fascia transversalis*. Guérison maintenue 4 mois après.

OBSERVATION XIV

TUTTLE, *New-York medical Journal*, 14 mars 1908.

Femme, 20 ans. Constipation datant de l'enfance. Crises de douleurs abdominales avec ballonnement. Maximum des douleurs en bas et à gauche. Sigmoidoscope arrêté au premier cercle de la sigmoïde par un repli valvulaire. Diagnostic : *adhérences au niveau du premier pli de la sigmoïde*. Opération : *sigmoïde prolabée dans le Douglas, méso-sigmoïde long, deux coudures; l'une, à la portion distale; l'autre, à la portion proximale; libération des adhérences, redressement des coudures et fixation de la sigmoïde au fascia transversalis antérieur*. Guérison maintenue 5 ans après.

OBSERVATION XV

TUTTLE, *New-York medical Journal*, n° 11, 1908.

Femme, 35 ans. Péritonite il y a deux ans. Constipation opiniâtre, crises de douleurs abdominales, ballonnement, amaigrissement. Côlon descendant dilaté. Sigmoidoscope : l'appareil est arrêté à 8 pouces de l'anus par un pli aigu. Opération le 23 novembre 1908 : *anse sigmoïde élevée et adhérente au péritoine pariétal : 2 diverticules épiploïques unis ensemble par des adhérences coudant l'intestin à l'angle aigu. Côlon descendant distendu. Les appendices sont liés et réséqués à leur base*. Guérison parfaite maintenue 6 ans plus tard.

OBSERVATION XVI

MUMMEY, *Diseases of the colon*. Bristol. Ihon Wright, 1910.

Homme, 25 ans. Constipation chronique sévère depuis 3 à 4 ans. Traitement médical nul. Sigmoidoscope : coudure du côlon pelvien fixée à la fosse iliaque gauche. Opération : *bride attachée sur le côlon pelvien en son milieu et adhérente à la fosse iliaque gauche coudant l'intestin à l'angle aigu. Libération, péritonisation.* Guérison avec rétablissement immédiat de la fonction intestinale maintenu 6 mois après.

OBSERVATION XVII

PATIL, *Lyon chirurgical*, septembre 1913, p. 323.

Homme, 59 ans. Hernie crurale irréductible depuis 8 ans. Il y a 6 mois, crise de diarrhée et constipation consécutive. Quelquefois sang dans les selles. Crise aiguë le 7 juin 1913. Le 13 juin, résistance dans la fosse iliaque gauche avec tuméfaction diffuse plus nette le lendemain. Diagnostic : *sténose vraisemblablement de nature néoplasique.* Le 14 juin, intervention : *sigmoïde très distendue par une bride coudant l'intestin et se dirigeant vers l'anneau crural dans la hernie. Cette bride croisait en écharpe la sigmoïde et la sténosait. Résection de la bride.* Guérison.

OBSERVATION XVIII

HOENISCH, *Munchener med. Wochenschrift.*, 7 novembre 1911.

Homme, 55 ans. Depuis très longtemps, selles très difficiles et douleurs dans le côté gauche de l'abdomen. Le lavement bismuthé est arrêté à la première portion du sigmoïde. Diagnostic : *périsigmoïdite (suspect de carcinome).* Opération : *sigmoïde long avec mésentère court et pourvu de cicatrices amenant une coudure très marquée de l'intestin avec épaissement des parois au-dessus. Libération des adhérences et de la coudure. Fixation du côlon à la paroi abdominale.* Convalescence longue. Guérison.

OBSERVATION XIX

TUTTLE, *New-York medical Journal*, n° 11, 1908.

Femme, 44 ans. Douleurs abdominales depuis 12 ans, constipation, cæcum et côlon ascendant distendus; sigmoïde douloureuse, coudure de la sigmoïde à 6 pouces de l'anus par bride trouvée au toucher. Opération : *appendice épais, contourné; sigmoïde adhérente dans le pelvis avec coudure formée par l'appendice adhérent. Libération des adhérences, appendicectomie.* Suites immédiates excellentes.

OBSERVATION XX

TUTTLE, *New-York medical Journal*, 14 mars 1908.

Femme, 47 ans. Constipation datant de l'enfance, progressive : crises sévères avec ballonnement du cæcum. Opération en janvier : *coudure aiguë de la sigmoïde à son passage dans le rectum, fixée par des adhérences au sacrum (libération). Appendice adhérent à la sigmoïde (résection). Fixation de la sigmoïde à la paroi abdominale.* Fin février, état parfait, selles régulières.

CONCLUSIONS

1° Parmi les agents d'altérations de l'S iliaque, les brides sont les plus fréquentes.

L'inflammation, soit endogène (sigmoïdite), soit exogène (annexes) est leur cause ordinaire. Les coudures congénitales ne produisent de troubles que lorsqu'elles sont altérées par elle;

2° Les lésions anatomiques consistent en dilatation de l'anse en amont de la coudure, aplatissement au-dessous de sa fixation anormale en un point quelconque de l'abdomen;

3° Constipation chronique, douleur dans la fosse iliaque gauche avec parfois présence d'une masse à ce niveau sont des signes qui exigent l'examen radiologique;

4° Il faut faire une laparotomie assez large pour explorer l'anse, réséquer la bride et libérer la coudure;

5° Préopératoire, le traitement médical, par son échec, mènera à la chirurgie; post-opératoire, il la complètera.

Vu : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER
Le Président,
P. BÉGOUIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 8 mai 1924.
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- AUBOURG. — Radio-diagnostic des lésions du côlon ilio-pelvien. Congrès français de chirurgie, 1913, p. 596.
- BLOODGOOD. — Obstructions intestinales par volvulus ou adhérences du sigmoïde. *Annals of Surgery*, 1909, p. 161.
- BRICHARD. — Coudures acquises du côlon pelvien par hernie adhérente d'un appendice épiploïque. Thèse de Lyon, 1914.
- BARBIER. — Rétrécissement de la fin du côlon pelvien. *Progrès médical*, 1919, p. 131.
- BAZY. — Coudure de l'S iliaque et rétrécissement du côlon. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, 1906, p. 556.
- BELIARD. — Contribution à l'étude des obstructions chroniques du gros intestin. Thèse de Paris, 1914.
- CARLSON. — Sur quelques formes de péritonite chronique de la partie latérale gauche de l'abdomen. *Semaine médicale*, 7 septembre 1904.
- CLARK. — Considérations chirurgicales sur les lésions congénitales et acquises de la constipation rebelle. *The Journal of the Amer. med. Association*, 6 août 1910.
- CROVES et HALL. — Sur des fonctions du côlon et l'exclusion du gros intestin. *Proceedings of the Royal Soc. of Medicine*, 1909, t. I, n° 4.
- DELBET (Pierre). — Stase colique par altération du côlon droit. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, 31 mars 1914.
- La tumeur stercorale. Société de chirurgie de Paris, séance du 23 mai 1921.
- DELATOUR. — Coudures du côlon pelvien. *Annals of Surgery*, 1905, p. 678.
- DEBOVE, ACHARD, CASTAIGNE. — Maladies du tube digestif, 1908; LÖEPER et ESMONET. — Constipation.

- DUVAL. — Traitement chirurgical du cancer du côlon pelvien. Thèse de Paris, 1902.
- Méso-sigmoïdite rétractile. *Archives des maladies de l'appareil digestif*, 1907, p. 35.
- Traitement du côlon pelvien (rapport). Congrès français de chirurgie, 1913.
- DUVERGEY, BÉGOUIN. — Appendicite chronique à forme obstructive par vice de position iléo-cæcale. *Bulletin de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 1909.
- DUVERGEY. — Une complication de l'appendicite, les adhérences péri-appendiculaires à forme douloureuse et obstructive. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1906.
- GATZ. — Sigmoïdite et péricolite. *Gazette des hôpitaux*, 1907, p. 15.
- GAWADIAS. — La palpation méthodique du gros intestin. *Presse médicale*, 1912, p. 911.
- GERNUSY. — *Archiv für klin. Chir.*, 1879, Bd LIX.
- GLEYS. — Traité élémentaire de physiologie, 1919, p. 280.
- GRASER. — Verhandlung der Chirurgenkongress, 1898, Berlin.
- HAENISCH. — Examen radiologique des rétrécissements du gros intestin. *Munchener med. Wochenschrift.*, n° 54, 7 novembre 1911.
- HERTZ. — Constipation et ses troubles. Traduction Reboul, Masson, 1912.
- JANNESCO. — Côlon pelvien pendant la vie intra-utérine. Thèse de Paris, 1892.
- JEANNEL. — Obstruction intestinale par coudures à répétition. *Archives médicales de Toulouse*, 1902.
- JACQUET. — L'occlusion intestinale dans l'hématocèle. Thèse de Lyon, 1900.
- KÜSS. — Rétrécissements péricoliques pelviens (péri-recto-sigmoïdiens) principalement chez la femme. Thèse de Paris, 1909.
- LABBÉ. — Les constipés de l'armée. *Presse médicale*, 25 juillet 1918.
- Deux cas de péricolite membraneuse. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1912, p. 622.

LAMY. — Occlusion intestinale mécanique d'origine appendiculaire. Thèse de Paris, 1908.

LANE (E.) (de Londres). — Congrès français de chirurgie, 1913, p. 596.

— Coudures et stase intestinale chronique. *Brit. med. Journ.*, 1911, p. 1913.

LARDENNOIS. — *Presse médicale*, 7 juin 1913.

LAROQUE. — Coudures du sigmoïde. *Annals of Surgery*, 1906, p. 678.

LEJARS. — Occlusions intestinales tardives par brides péritonéales. Société de chirurgie de Paris, séance du 3 mai 1904.

— Chirurgie d'urgence. Masson, Paris, 1921.

LEJARS, TUFFIER. — Sigmoïdite et péricigmoïdites. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, 1906, p. 342.

LETULLE. — La péritonite syphilitique. *Presse médicale*, 1918, p. 477.

LEFEBVRE. — La chirurgie de la constipation. Thèse de Toulouse, 1919.

LEFÈVRE et DUFOUR (R.). — Abscess appendiculaire ouvert dans l'S iliaque. Société anatomo-clinique de Bordeaux, 7 janvier 1924.

LONG. — Coiffes pseudo-péritonéales du côlon. *International Journal of Surgery*, septembre 1913.

MATHIEU (A.). — Le clapotage et la matité déclive dans l'occlusion incomplète de l'intestin. *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, 1908, p. 329.

— Les signes de la sténose intestinale. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1909, p. 641.

— Étude clinique sur l'occlusion lente. *Gazette des hôpitaux*, 1913, 22 et 29 mai, 5 et 12 juin.

MATHIEU et ROUX. — Spasme du côlon. *Gazette des hôpitaux*, 27 juillet 1905.

MAUCLAIRE. — Péricolite membraneuse. *Revue internationale de médecine et de chirurgie*, 25 janvier 1913.

MAYOR. — Quelques mots sur une variété d'entérite iliaque. *Revue médicale de la Suisse romande*, 1893, p. 421.

— Obstruction par stase intestinale chronique. *Surgery, gynecology and obst.*, 1911, p. 237.

MILLET. — Occlusion du gros intestin. Thèse de Paris, 1922.

- MUMMERY. — Remarques cliniques sur le traitement opératoire de la constipation invétérée. *The Lancet*, 20 juillet 1912.
- Diseases of the colon, 1910. *Bristol Hon Wright*.
- PATEL. — Coudure acquise de l'S iliaque par hernie adhérente d'un appendice épiploïque. *Lyon chirurgical*, 1913, p. 323.
- Coudures du côlon pelvien. Congrès français de chirurgie, 1913, p. 475.
- Étude du segment d'intestin sus-jacent à une sténose. *Revue de chirurgie*, mars 1902.
- POULAIN. — Sigmoïdites et péricigmoïdites. *Journal des sciences médicales de Lille*, 1910, t. XXXIII, nos 21, 22, 20.
- PHILIP. — Occlusion par rétrécissement et adhérences serrées du côlon pelvien. Société de chirurgie de Lyon, 9 février 1921.
- POUCHET. — Traitement de l'occlusion intestinale. *Presse médicale*, Paris, 1917.
- PRINCETEAU. — Chirurgie du côlon pelvien (cancer excepté). Congrès français de chirurgie, 1913, p. 593.
- Contribution à l'étude des rapports anatomo-pathologiques des annexes gauches utérines avec l'anse et le méso-sigmoïde. Congrès français de chirurgie, 1910.
- POZZI. — Étranglement de l'S iliaque par fausses membranes. *Bulletin de la Société anatomique*, 1871.
- SORREL. — Stase intestinale chronique. Thèse de Paris, 1914.
- SPENCE. — Angulation de l'S iliaque. *New-York medical Journal*, 1908, p. 839.
- TESTUT. — Traité d'anatomie humaine, 1912, t. IV, p. 228.
- TESTUT et JACOB. — Traité d'anatomie topographique, 1922, t. II, p. 263.
- THIRIAR. — Péritonite adhésive ancienne, rétrécissement de l'S iliaque. *Annales de la Société anatomo-pathologique de Bruxelles*, 1871.
- TUTTLE. — Coudures à angles aigus de l'anse sigmoïde. *New-York medical Journal*, 14 mars 1908.
- TAVEL. — Stercolite cicatricielle. *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1904.
- VIRCHOW. — *Virchow's arch.*, 1853, p. 281.

